ÜBER DIE BEHANDLUNG

DER

TUBERKULÖSEN HALSDRÜSEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

K. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

VORGELEGT VON

CURT BAJOHR

AUS

NEIDENBURG (OSTPR.)

WÜRZBURG

BECKER'S UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI

1885.

Referent:

Herr Hofrath Prof. Dr. Maas.

SEINEN THEUREN ELTERN

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Die häufige Erkrankung von Halslymphdrüsen ist bereits den alten Aerzten aufgefallen, sodass sie die von diesem Leiden befallenen Individuen mit einem besonderen Namen bezeichneten, nämlich als skrofulöse, indem die in der Submaxillargegend und längs den Carotiden entwickelten dicken Drüsenpackete die Contour des Kopfes, ohne von dem dünneren Hals unterbrochen zu sein, gleichmässig in die Rumpfcontour übergehen liessen, und so eine Aehnlichkeit mit der Bildung von Kopf, Hals und Rumpf des Schweines gegeben wurde.

Diese von einer rein äusserlichen Erscheinung hergenommene Bezeichnung wurde später auf den gesammten Verlauf der Geschwulstbildung übertragen, sodass unter Skrofulose allgemein eine Reihe entzündlicher Vorgänge verstanden wurde, die sich durch langsamen Verlauf, durch Production von granulirendem Gewebe und käsigen Massen auszeichnen.

Es war nun eine allgemein bekannte Thatsache, dass diese skrofulösen Erkrankungen oft der Tuberkulose vorangehen und dieselbe einleiten können, dass Tuberkulose da oft vorhanden ist, wo Skrofulose herrscht und umgekehrt die erstere selten ist, wo die letztere nicht zu den häufigsten Leiden zählt. Ein Vergleich skrofulös degenrir-

ter Lymphdrüsen und tuberkulöser Lungen ergab die Beobachtung kleinerer und grösserer Knoten in beiden, Tuberkel genannt, und der gleichartige Verlauf der Entzündung, die Production käsiger Massen und der Zerfall dieser in Eiter, mit käsigen Bröckeln vermischt, liess die Annahme einer Zusammengehörigkeit beider Erkrankungen um Vieles wahrscheinlicher werden.

Virchow schloss sich auf Grund eigener Untersuchungen dieser Auffassung nicht vollkommen an. Er wollte weder die einfach käsige Entzündung mit der skrofulösen Verkäsung identifiziren, noch die Tuberkelbildung mit der Skrofulose, obwohl ihm in vielen Fällen die Tuberkulose aus skrofulösen Zuständen hervorzugehen schien; er unterliess die Verschmelzung dieser Prozesse, weil „eine Menge von Fällen existirte, wo wir gar keine primären Skrofelerscheinungen haben und der Tuberkelprocess doch auftritt.“ Schüppel zeigte aber, dass in allen, auch in den noch nicht verkästen skrofulösen Lymphdrüsen wohl characterisirte Tuberkel vorhanden wären und brachte so einen weiteren wichtigen Beweis für die ursprüngliche Ansicht bei.

Einen entscheidenden Ausschlag in dieser Sache gab die experimentelle Forschung, indem Villemin 1866 nachwies, dass man an Versuchsthiere durch Einimpfung von Stückchen skrofulöser Drüsensubstanz allgemeine Tuberkulose erzeugen könne. Die Resultate von Villimin wurden bald von Seiten anderer Autoren bestätigt, so von Armanni, der die Impfung an der Hornhaut ausführte und von Cohnheim, welcher die vordere Augenkammer der Kaninchen als besonders geeignetes Impfgebiet kennen lehrte.

Es musste also angenommen werden auf Grund des Befundes bei diesen Impfversuchen, dass in den skrofu-

lösen Drüsen ein spezifisches Gift vorhanden sei, welches identisch mit dem Gifte der Lungentuberkel ist. Nun begann die Forschung, die Frage nach der Art des Giftes und den sicheren Criterien für die Diagnose tuberkulöser Prozesse zu erörtern.

Die in den Knötchen vorhandenen Riesenzellen sah man nicht so ständig in den Tuberkeln auftreten, als anfangs angenommen wurde; denn sie wurden regelmässig in den Gehirntuberkeln und häufig auch in den Lymphdrüsentuberkeln vermisst; auch die epitheloiden Zellen wurden in ihrer pathognomischen Bedeutung angezweifelt; das Reticulum erklärte man schon früher für Kunstprodukt. Andererseits fand man bei anderen Erkrankungen, besonders bei Syphilis zellige Gebilde, welche den Riesen- und epitheloiden Zellen des Tuberkels vollkommen ähnlich waren.

So hatten sich die Forscher bisher vergeblich bemüht, ein allein sicheres und ausreichendes, allgemein anerkanntes Criterium für die Diagnose der Tuberkulose zu finden, als Rob. Koch im März 1882 das Resultat seiner Studien veröffentlichte, dahingehend, dass in allen tuberkulös entarteten Organen bei Menschen und Thieren sich mit Hülfe einer bestimmten Färbungsmethode characteristische Bacillen nachweisen lassen, in grosser Zahl nur auf dem Höhestadium des tuberkulösen Prozesses, dass ferner diese Bacillen in Reinkulturen isolirt, ohne Ausnahme bei jedem Thier Tuberkulose erzeugen und demnach als Urheber aller tuberkulösen Prozesse angesehen werden müssen.

Die weitere Forschung begann nun auch die skrofulösen Lymphdrüsen einer Untersuchung auf Tuberkelbacillen zu unterwerfen, welche die früher bereits durch Impfversuche gewonnenen Resultate bestätigten, dass so-

wohl Tuberkulose als auch Skrofulose auf gleicher Ursache beruhen. Durch die sorgfältigen Untersuchungen der Herren Dr. Schuchardt und Krauss in Halle wurde der Tuberkelbacillus auch in allen skrofulösen Lymphomen aufgefunden. Da aber der Nachweis des Bacillus bis jetzt bei den chirurgischen Tuberkulosen nur unter grossen Schwierigkeiten und mit nicht unbedeutendem Zeitaufwande zu liefern ist, so bleiben besonders für den practischen Arzt die bisher für die Diagnose tuberkulöser Halslymphdrüsen geltenden Gesichtspunkte auch fernerhin mit vollem Rechte in Kraft. Solche sind geringerer oder schärfer ausgeprägter tuberkulöser Habitus, jugendliches Alter, grössere Anzahl geschwellter Drüsen, gleichmässiges nicht zu schnelles Wachsthum, zeitig verschiedene Entwicklung der sich innerhalb der Drüsen abspielenden Processe, Verwachsen mit der Umgebung, Abscedirung und frische Infiltration. Kommen dazu noch Zeichen von Seiten der Lunge, so ist die Diagnose als tuberkulöse Lymphomata als gesichert zu betrachten.

Doch sind Verwechslungen mit anderen am Halse vorkommenden Geschwülsten immerhin nicht ausgeschlossen. Nach Billroth zerfallen die primären Lymphdrüsengeschwülste wesentlich in fünf Gruppen:

1. Das leukämische Lymphom.
2. Das maligne Lymphom, auch pseudoleukämisches genannt.
3. Das wahre Sarkom der Lymphdrüsen.
4. Das einfach hyperplastische Lymphom.
5. Das skrofulös-tuberkulöse Lymphom.

Abgesehen davon, dass die Leukämie eine verhältnissmässig seltene Erkrankung ist und so das leukämische Lymphom nicht häufig in Betracht kommt, wird es characterisirt durch die gewöhnlich am Halse beginnende

Schwellung eines Drüsenpackets. Diese geht langsam oder schubweise von einer Gruppe zur anderen. Die Haut über den Tumoren bleibt verschiebbar und unverändert, die Drüsen selbst zeigen keine Neigung zu käsiger Umwandlung und sind gegen einander leicht abgrenzbar. Ausserdem weist das von Anfang an fast immer gestörte Allgemeinbefinden und das leukämische Aussehen des Kranken auch ohne Blutuntersuchung auf den richtigen Weg hin.

Das maligne Lymphom kennzeichnet sich durch die meist auffallend schnelle Schwellung der Drüsen, auch hier gewöhnlich am Halse zuerst anfangend. Die Haut über den Tumoren ist normal und verschieblich; die Tumoren selbst sind entweder weich und zellenreich, oder bretthart, je nach der Betheiligung des Bindegewebes. Auf dem Durchschnitt zeigen die harten Formen ein rein weisses oder grauweisses Aussehen, die weichen ein fleischiges. Ausserdem ist die unbegrenzte Recidivfähigkeit nach vollzogener Exstirpation ein auffallendes Symptom.

Das Sarkom der seitlichen Halsgegend ist in den meisten Fällen eine primäre Erkrankung, ausgezeichnet durch ungemein schnelles Erweichen einer bedeutenden Grösse, Verwachsen mit den Nachbarorganen, Neigung zur Erweichung und zum Zerfall. Der Tod tritt durch Erschöpfung ein oder auch durch Druck auf die Luftröhre oder den Nervus vagus.

Die einfache Hyperplasie ist nicht häufig und betrifft meistens nur ein oder zwei Drüsen. Diese sind schmerzlos, leicht verschiebbar und von derber Consistenz. Die Schwellung wird höchstens hühnereigross, bleibt dann stehen, ohne Erkrankung neuer Drüsen. Sie kann aber auch zurückgehen, wenn die veranlassende Ursache, auf

welche sie zurückzuführen ist, wegfällt. Die Exstirpation ergiebt stets vollständige Heilung ohne jedes Recidiv.

Die skrofulös-tuberkulösen Lymphdrüsen haben für die Praxis die grösste Wichtigkeit, sowohl in Hinsicht auf ihr häufiges Vorkommen als auch ganz besonders im Hinblick auf die oben angeführten Thatsachen als Träger und Verbreiter des tuberkulösen Giftes. Die geschwellten tuberkulösen Halslymphdrüsen können nach Hüter dem Orte nach unterschieden werden in folgende Gruppen:

1. submentale, meist auf dem M. mylohyoideus;

2. submaxillare, auf der Glandula submaxillaris, und oft mit ihr innig verbunden.

3. supracarotide, am vorderen Rande des M. sterno-cleido-mastoideus und längs der Gefässscheide, oben der Scheide der Carotis ext., unten der der Carotis comm. zuweilen auch von dieser Scheide eingeschlossen;

4. suprajugulare, auf der Vena jugularis comm. und oft mit dem paramaskulären Bindegewebe verwachsen, vom M. sterno-cleido-mastoideus bedeckt, jedoch auch bald am hinteren, bald am vorderen Rande dieses Muskels hervorragend;

5. occipitale, zwischen dem oberen hinteren Rande des M. sterno-cleido-mastoideus und dem vorderen Rande des Cucullaris an der Grenze des Hinterhauptes, zuweilen bis auf den M. splenius capitis sich erstreckend;

6. supraclaviculare in der Fossa supraclavicularis, zuweilen ziemlich nahe der Art. subclavia, jedoch selten so eng mit ihr verbunden, wie die supracarotiden und suprajugularen Packete mit den bezüglichen Gefässen.

Alle genannten Gruppen sind der operativen Entfernung zugänglich. Wollte man von pathologisch-anatomischen Standpunkte aus diese Gruppe vervollständigen, so müsste man noch eine prävertebrale, eine an der vor-

deren Fläche der Halswirbelkörper gelegene Gruppe und etwa noch eine in der Tiefe auf der Carotis int., gegen die Schädelbasis hin gelegene hinzufügen. Diese letzteren sind für das Messer ziemlich unerreichbar. Sehr oft fliessen übrigens die Drüsenpackete, und zwar nicht nur zwei, sondern sogar mehrere benachbarte, zu grossen Geschwülsten zusammen.

Die Prognose für die mit tuberkulösen Halsdrüsen belasteten Individuen ist ohne jedes ärztliche Eingreifen eine durchaus ungünstige; je früher aber und zweckmässiger die Behandlung in Scene gesetzt wird, um so erheblicher bessert sich die Hoffnung auf Erhaltung von Leben und Gesundheit.

Jeder normale Mensch wird durch die Epithelbedeckung der äusseren Haut und der Schleimhäute vor dem Eindringen entzündungserregender und giftiger Noxen geschützt. Sind aber solche eingewandert, so bewahren die Lebensenergie der Zellen und die Eliminationsfähigkeit derselben fremden Elementen gegenüber die Gewebe in ausreichendem Masse vor der Vernichtung durch die eingewanderten Spaltpilze. Skrofulöse Individuen dagegen ermangeln gewöhnlich der normalen Widerstandsfähigkeit ihrer Zellen; sie besitzen eine oft ererbte, nicht weniger häufig aber auch durch alimentäre und hygieinische Schädlichkeiten erworbene, bald geringere, bald grössere Schwäche gegen das eindringende Agens der Tuberkulose.

Das Lymphgefässgebiet, in dem die Lymphdrüsen des Halses die nächsten Durchgangspunkte für die abfliessende Gewebsflüssigkeit bilden, nimmt seinen Ursprung in den Gebilden des Schädels, des Gesichts, des Nackens und der Halsorgane. Das grosse Gebiet der äusseren Haut und der Schleimhäute ist hier den zahlreichsten von

uns oft gar nicht oder kaum bemerkten Verletzungen ausgesetzt, welche die Pforte bilden können für die erfolgreiche Einwanderung der in der Luft herumschwebenden Noxen. Daher ist es das erste Gebot einer auf ein gutes Resultat rechnenden Therapie, auf alle Initialentzündungen der Haut und Schleimhäute besonders bei schwächlichen oder hereditär belasteten Personen genau zu achten und einer zweckentsprechenden Behandlung zu unterwerfen. Ein Eczem der Kopfhaut, etwas Conjunctivitis oder Pharyngitis, Otitis, falls sie zu ärztlichen Behandlung kommen, sind streng bis zur thatsächlichen Beseitigung der Krankheit zu beaufsichtigen. Nur auf diesem Wege besteht die Hoffnung, etwa bereits eingedrungene Spaltpilze zu vernichten, aus den Geweben zu entfernen und eine Lymphdrüsenschwellung ganz zu verhindern oder etwa vorhandene kleinere zum Stillstand und Rückgang zu bringen. Besteht aber bereits eine Drüsenschwellung, so ist es die dringende Aufgabe des Arztes, sogleich die Rückbildung der Geschwulst anzustreben, etwa durch Injection von 3% Carbollösung ein Gramm pro Dosi, bei gleichzeitiger Entfernung der wirkenden Ursache. Andere Mittel wie Einreiben von Ung. hydrarg. ciner., Ung. Kalii jodali oder Aufpinseln von Jodtinctur sind überhaupt fortzulassen, da dieselben nur eine geringe oder gar keine Wirkung auf die Rückbildung der Drüsen äussern, vielmehr eher dazu dienen, die schädlichen Verwachsungen derselben mit der Haut und den anderen Nachbarorganen zu fördern. Sollte man aber in kurzer Zeit mit der geeigneten Behandlung keine bemerkbaren Fortschritte in der Verkleinerung der Drüsen erzielen, so greife man unbedenklich zur blutigen Entfernung derselben. Denn diese ist in der Regel ohne grosse Mühe auszuführen, so lange die Drüsen noch isolirbar, unter

der Haut verschieblich und noch nicht in käsige Massen umgewandelt sind. Dabei gilt der von Hüter aufgestellte Satz, „dass stets die Entfernung aller skrofulös entarteten Drüsen angestrebt werden muss, soll anders der Erfolg gegenüber der Miliartuberkulose gesichert sein.“ Denn wenn auch die Noxe oft Monate und Jahre hindurch völlig ruhig, ohne jemals Störungen zu verursachen, in den Lymphdrüsen liegt, so kann doch jeder diese treffende Reiz eine Entzündung anfachen, die zur Abscedirung und Durchbrechung der Kapsel führt und so das bisher ruhig lagernde Gift zu offenen Lymphwurzeln bringt, wo es von dem Strome erfasst, weiter geschleppt wird, oft den ganzen Körper durchseucht, und dem Leben dadurch in nicht seltenen Fällen ein schnelles und qualvolles Ende bereitet. Zwar tritt bei beginnender Eiterung die Verbreitung des Tuberkelgiftes glücklicher Weise nicht immer sofort ein, da die den Abscess umgebenden Granulationen lymphgefässlos sind, aber abgesehen davon, dass eine länger dauernde Eiterung schon den Körper eines normalen Menschen bedeutend schwächt, um so mehr noch den eines erblich tuberkulös belasteten, so kann doch jeden Augenblick durch eitrige Schmelzung die schützende Granulationsdecke vernichtet und so der Körper der Allgemeininfection preisgegeben wurden.

Leider ist der Arzt nur selten in der Lage, dem Entstehen und Verbreiten der skrofulösen Erkrankung von Anfang an energisch und zweckmässig entgegenzutreten. In der Regel kommen die Kranken erst zur Behandlung, wenn eine grosse Zahl von Drüsen erkrankt sind, einzelne einen beträchtlichen Umfang erreicht haben, in käsige Masse umgewandelt sind, oft auch bereits zur Abscedirung oder zum Durchbruch nach Aussen geführt haben und mehrfach mit den wich-

tigen Nachbarorganen verwachsen sind. Einem solchen Zustande gegenüber befindet sich der Arzt in einer sehr ungünstigen Lage, da durch die Ausdehnung der Erkrankung und durch die zahlreichen Verwachsungen die Operation oft nicht nur erschwert, sondern überhaupt zu der schwierigsten gemacht wird. Zwei Fälle aus dem mir zu Gebote stehenden Material geben ein deutliches Bild der entgegenstehenden Hindernisse.

Bei Wilhelm G. aus Grosskarlbach waren durch die tiefen Drüsenpackete die Vena jugular. int., Carotis und der Nerv. vagus nach vorne gedrängt, der Kehlkopf war ganz nach rechts verschoben, die Art. maxillar. ext. und die Vena jugular. ext. mussten wegen der Unmöglichkeit ihrer Isolirung unterbunden werden.

Im anderen Falle, bei der Marie B. aus Unsleben war ebenfalls die Unterbindung der Art. maxillar. ext. nicht zu umgehen und der durch das Drüsenpacket gehende Nerv. hypoglossus musste mühsam mit der Scheere herauspräparirt werden.

Bei der Abscedirung darf man sich nicht allein mit der Eröffnung des Abscesses und der Entleerung des Eiters begnügen, sondern es ist stets noch eine Ausschabung mit dem scharfen Löffel folgen zu lassen und unvereitert gebliebene Drüsenstücke zu entfernen.

Die Schnittführung kann bei den mannigfaltigen Lagen der erkrankten Drüsen nicht immer dieselbe sein, vielmehr muss sie jedem einzelnen Fall angepasst werden.

Die Blutung bei der Operation ist in der Regel gering, wenn die einzelnen Gefässe sogleich unterbunden werden und so lange es noch möglich ist, die Drüsen mit stumpfer Gewalt aus ihrem Lager zu heben. Zwar warnt v. Bergmann vor der zu häufigen Ausführung der Operation, besonders bei Kindern, wegen des grossen

Blutverlustes und den dadurch bedingten Schädlichkeiten und stimmt mehr für die konservative Behandlung; aber gerade die stumpfe Lösung der Drüsen, welche nur durch eine frühzeitige Operation ermöglicht wird, gewährt einen verhältnismässig geringen Blutverlust, und mir ist aus der Klinik des Herrn Hofrath Professor Dr. Maas kein Fall bekannt, in dem die Patienten in Folge des grossen Blutverlustes durch die Operation an Anämie mit unstillbarer Diarrhöe und einem Hydrocephaloid zu Grunde gingen. Vielmehr fand die Beobachtung statt, dass die Kranken sich schnell erholten und sich bald in besserem Ernährungszustande befanden wie vorher.

Ferner führt v. Bergmann gegen die Operation an, dass der antiseptische Verband bei Operationen am Halse nicht denselben sicheren Schutz gewährt, wie an anderen Körpertheilen, da zwischen Kopf und Hals eine Immobilisirung äusserst schwer zu bewerkstelligen sei. Hierauf glaube ich nach den Erfahrungen an hiesiger Klinik mit den Worten des Herrn Dr. Krisch aus Breslau antworten zu dürfen:

„Wenn auch nicht zu läugnen ist, dass die Anlegung eines dauerhaften, wirklich okkludirenden und immobilisirenden Verbandes am Halse so, dass ihn die Patienten ertragen können, sehr schwierig, wenigstens bedeutend schwieriger ist, als an anderen Körperstellen, mit Ausnahme vielleicht am unteren Rumpfende, so ist doch nicht zu zweifeln, dass die Erreichung des gewünschten Zweckes hinsichtlich des Verbandes möglich ist. Die Immobilisirung bewerkstelligen selbst ohne Pappschienen am Hinterkopf die gestärkten Gazebinden und geben dem Verbande eine solche Festigkeit, dass die Patienten, die ja meist jugendliche Personen sind, unfähig, den Kopf zu bewegen oder den Hals zu drehen,

wie in Gypshauben stecken. Nichtsdestoweniger sind Klagen über Unbequemlichkeit des Verbandes nie laut geworden, vorausgesetzt, dass die Touren nicht zu fest um den Hals gelegt waren. Um ein Beschmutzen dieses Dauer-Okklusivverbandes durch Einfliessen von Flüssigkeiten bei der Nahrungsaufnahme zu verhindern, werden noch häufig Stücke Gummipapier, kleinen Schürzen vergleichbar, zwischen Kinn und Verband gesteckt und häufig erneuert. Die Wahrung der Antisepsis auch in dem Verbande giebt sich aus der Art desselben von selbst."

Wenn auch die operative Entfernung des giftführenden Krankheitsherdes einen wichtigen Theil bei der Therapie tuberkulöser Halsdrüsen behaupten muss, so darf doch andererseits die Allgemeinbehandlung des geschwächten Körpers nie ausser Acht gelassen werden. Denn es würde wahrlich geringen Nutzen schaffen, wenn man den Bacillenherd aus dem Körper entfernt, ohne diesen gegen das Eindringen neuer Noxen durch Kräftigung widerstandsfähiger und für das Fortleben der Pilze zu einem ungeeigneten Nährboden zu gestalten. Leider stösst der Arzt bei diesem Theile seiner Thätigkeit in Folge der sozialen Verhältnisse oft auf unüberwindliche Hindernisse, die alle Versuche zur Besserung der Kranken scheitern lassen. Die Allgemeinbehandlung besteht nicht sowohl in Darreichung von Medikamenten als vielmehr in diätetischen und hygieinischen Vorschriften. Gute Ernährung und langer Aufenthalt in reiner frischer Luft sind die Grundpfeiler für künftigen Erfolg. Die fast ausschliessliche Ernährung mit Amylazeen, wie grobem Brode, Kartoffeln, Erbsen, welche ganz besonders den Kindern unzuträglich sind, muss vor Allem vermieden und an die Stelle derselben eine kräftige nahrhafte Fleischkost gestellt werden. Braten, weiche Eier, Fleischbrühe mit

Eidotter sind geeignete Nahrungsmittel, denen noch gute Milch beizufügen ist. Im Winter ist noch das Trinken von Leberthran oder ähnlicher stärkender Getränke zu empfehlen. Dabei ist der Aufenthalt in einer mit Leuten überfüllten Stube oder in dumpfen, des Sonnenlichts entbehrenden Räumen zu verbieten und fleissiges, lang dauerndes Bewegen in frischer Luft anzurathen. Am Besten ist ein Aufenthalt in Waldluft, im bewaldeten Gebirge oder an der See anzuordnen. Doch thut schon einfache Landluft vortreffliche Dienste. Einen weiteren wichtigen Punkt bildet die Hautpflege des Körpers. Fleissiges Baden in der See oder in geeigneten Bädern, wie Kreuznach, Wittekind bei Halle, Kösen, Sulza, oder auch nur in künstlich hergestelltem Soolbade, stärkt die Haut ungemein, kräftigt den ganzen Körper, regt die Organe zu energischerer Thätigkeit an und befördert den Stoffwechsel.

Das sind ungefähr die die rein chirurgische Behandlung unterstützenden und ergänzenden Mittel, welche zugleich nach vollständiger Entfernung aller krankhaften Drüsen am Besten geeignet sind, den Körper gegen Recidive zu schützen.

Das mir von Herrn Hofrath Professor Dr. Maas für diese Arbeit gütigst zur Verfügung gestellte Material der hiesigen Klinik umfasst in einem Zeitraum von Anfang Juli 1878 bis Ende Juni 1885 sechzig Fälle von Lymphomoperationen. Leider war es mir trotz emsiger Nachforschungen bei der Hälfte unmöglich, über den endgültigen Erfolg der Behandlung etwas Genaueres zu erfahren, da die Leute den Aufenthaltsort mehrfach gewechselt haben und ihr neuer Wohnsitz nicht zu ermitteln war.

Wenn daher die folgende Zusammenstellung von dreissig Fällen auch nicht geeignet ist, um daraus allgemein gültige Schlüsse über die Art der chirurgischen Behandlung von Personen zu ziehen, die mit skrofulös erkrankten Lymphdrüsen behaftet sind, so gestattet sie vielleicht doch im kleineren Rahmen einen Vergleich zu machen über den Prozentsatz der mit dauerndem Erfolg Operirten und der von Neuem Erkrankten.

Unter den dreissig Fällen ist bei elf Kranken eine dauernde Heilung erzielt worden, gleich 42,1%, und bei neunzehn Kranken eine unvollständige, gleich 57,9%. Von den letzteren ist eine Patientin einige Monate nach der Operation an allgemeiner Tuberkulose gestorben.

Ferner haben sich zwei wegen starker Recidive einer neuen Operation unterzogen, welche dieselben bis jetzt vor jedem neuen Rückfall geschützt hat.

Die übrigen sechzehn leiden an dauernden Recidiven in der Art, dass entweder neue Drüsen in der Umgebung der Narbe und auf der anderen Halsseite entstanden sind, welche bei den Einen indolent geblieben sind, bei den Anderen abscediren, oder die Narbe bei geringen Reizungen aufbricht, eitert und sich dann wieder schliesst.

Das Allgemeinbefinden der Patienten ist im Ganzen ein Gutes, ausgenommen eines, der über stetige Schwäche klagt, und vier anderer, bei denen eine Allgemeininfection vor sich gegangen ist.

Erblich tuberkulös belastet sind zwölf Patienten, gleich 40% von den dreissig, und neun davon weisen neben der ererbten Disposition noch andere ursächliche Momente auf, die kurz vorher eingewirkt haben, wie Masern, Scharlach, Mandelentzündungen.

Was das Geschlecht betrifft, so überwiegt hier bedeutend das männliche, 25 = 80%, gegenüber dem weiblichen 5 = 20%.

Das Alter ist folgendermassen betheiligt:

1— 5	Jahre haben	2 =	$6^2/_3$%
6—10	„ „	1 =	$3^1/_3$%
11—15	„ „	6 =	20%
16—20	„ „	13 =	$43^1/_3$%
21—25	„ „	4 =	$13^1/_3$%
26—30	„ „	3 =	10%
36—40	„ „	1 =	$3^1/_3$%.

In der Zeit der Pubertät kommen nach dieser Aufstellung die meisten Fälle zur Operation, während die Erkrankung bald kurz vorher begonnen, bald aber bereits lange Jahre bestanden hat.

Fälle mit vollständiger Heilung.

1. Justinian S. aus Seubrigshausen, 14 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Die 8 Monate vorher erkrankten Drüsen wurden am 7. II. 73 exstirpirt. Primäre Heilung erfolgte.

2. Julius K. aus Dettelbach, 18 Jahre alt, dessen Vater und Bruder an Lungenkrankheiten starben, wurde am 14. VI. 83 operirt mit dauerndem Erfolge.

3. Michael Sch., Bäcker aus Schnepfenbach, stammt aus gesunder Familie, wurde am 30. VI. 83 operirt und am 8. VII. 83 geheilt entlassen.

4. Karl Sch. aus Hafenlohr, 14 Jahre alt, stammt aus tuberkulöser Familie. Die Schwellung der Drüsen begann vor 5 Jahren. Sie wurden am 14. VI. 83 exstirpirt. Am 6. VII. 83 war vollkommene Heilung eingetreten.

5. Kaspar G., Schneider aus Zellingen, 20 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und erkrankte vor 5 Jahren an Drüsenschwellung. Er wurde am 18. II. 84 operirt und am 25. II. 84 geheilt entlassen.

6. Anna M. aus Michelau, deren Vater an Lungenschwindsucht starb, und die selbst an chronisch fungöser Fussgelenkerkrankung litt, wurde, 17 Jahre alt, am 15. VIII. 84 operirt und am 5. IX. 84 entlassen mit dauernder Heilung.

7. Bruno K., Schreiner aus Kissingen, 15 Jahre alt, aus gesunder Familie, bekam die Drüsenschwellung vor 2 Jahren, wurde am 25. XI. 84 operirt und am 17. XII. 84 als geheilt entlassen.

8. Leonhard F., Buchbinder aus Würzburg, 16 Jahre alt, aus tuberkulöser Familie, bekam die ersten Drüsenschwellungen vor 6 Jahren, wurde am 26. II. 85 operirt und am 17. VII. 85 geheilt entlassen.

9. Michael R., Fabrikarbeiter aus Zell, 17 Jahre alt, stammt aus tuberkulöser Familie, bekam die erste Drüsenschwellung vor 13 Jahren, wurde am 9. V. 85 operirt und am 20. V. 85 geheilt entlassen.

10. Adam R. aus Pflaumheim, 18 Jahre alt, aus gesunder Familie, bekam vor 2 Jahren Drüsenerkrankung, wurde am 10. VI. 85 operirt und am 19. VI. 85 geheilt entlassen.

11. Marie E. aus Urspringen, 14 Jahre alt, aus tuberkulöser Familie, erkrankte vor 4 Jahren an den Drüsen, nachdem sie kurz vorher Scharlach gehabt hat, wurde am 17. VI. 85 operirt und am 30. VI. 85 geheilt entlassen.

Fälle mit unvollständigem Erfolg.

1. Franz S., Schuhmacher aus Hesslar, 24 Jahre alt, bekam vor 13 Jahren kurz nach geheiltem Scharlach die ersten Drüsenschwellungen; er stammt aus tuberkulöser Familie. Zum ersten Mal wurde er am 7. I. 85 operirt, bekam nach drei Monaten Recidive und wurde im August dieses Jahres von Neuem operirt.

2. Aloys A., 18 Jahre alt, Seminarist in Würzburg, aus gesunder Familie, wurde am 15. IX. 84 zum ersten Mal operirt, bekam schnell Recidive, so dass 4. V. 85 eine neue Operation erfolgen musste.

3. Johann G., Schuster aus Sennfeld, 38 Jahre alt, bekam vor 6 Jahren nach abgelaufener Gesichtsrose die ersten Drüsenschwellungen. Nach der Operation entstanden neue Recidive, die vereiterten. Patient klagt über allgemeine Schwäche.

4. Joseph W. aus Himmelstadt, 5 Jahre alt, litt ausser an Drüsenschwellungen noch an fungöser Erkrankung der Fusswurzelknochen; er wurde am 4. V. 80 operirt, am 26. V. 80 geheilt entlassen, bekam schnell Recidive und starb an Phthisis pulmonum.

5. Ambrosius F. aus Weigolshausen, 25 Jahre alt, aus gesunder Familie, bemerkte vor 1¼ Jahren die ersten Drüsen, wurde am 26. V. 83 operirt und hat jetzt seit einem halben Jahre Recidive in der Narbe.

6. Johann P., Schlosser aus Fuchsstadt, 19 Jahre alt, stammt aus tuberkulöser Familie; er hat die Drüsengeschwülste von Kindheit an, wurde am 26. V. 83 operirt, am 9. VI. 83 geheilt entlassen und hat jetzt Recidive in der Umgebung der Narbe.

7. Johann L., Schlosser aus Veitshöchheim, 16 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie; er bemerkte vor 4

Wochen das erste Lymphom, wurde am 25. I. 84 operirt. Bei geringer Reizung bricht die Narbe unter Entleerung von Eiter häufig auf.

8. Kaspar L. aus Ochsenfurt, 15 Jahre alt, aus tuberkulöser Familie, bemerkte 13 Jahre alt, die ersten Geschwülste, wurde am 14. V. 84 operirt, am 9. VI. 84 geheilt entlassen. Er zeigt nun Recidive in der Umgegend der Narbe.

9. Katharina R. aus Escherndorf, 14 Jahre alt, aus gesunder Familie, wurde am 23. V. 84 operirt, am 2. VI. 84 entlassen und hat nun sowohl in der Umgebung der Narbe als auch auf der anderen Halsseite Recidive.

10. Johann K. aus Estenfeld, 17 Jahre alt, aus gesunder Familie, am 5. VII. 84 operirt, zeigt noch fistulöse Stellen am Halse. Er litt 1876 an chronisch-fungöser Kniegelenksentzündung.

11. Johann W. aus Marktbreit, 4 Jahre alt, aus gesunder Familie, hat kurz vor der Entstehung der Drüsen Scharlach gehabt, wurde am 23. VI. 84 operirt und hat nun neue eiternde Drüsen in der Umgebung der Narbe.

12. Dorothea W. aus Karlstadt, 19 Jahre alt, aus gesunder Familie, hatte auf beiden Seiten des Halses und in der linken Achselhöhle Lymphome, wurde deshalb am 26. VIII. 84 operirt, 9. VIII. 84 geheilt entlassen, starb aber bereits im November an allgemeiner Tuberkulose.

13. Johann H. aus Elfershausen, 18 Jahre alt, aus gesunder Familie, zeigt Recidive in der Umgebung der Narbe; ausserdem soll ein Halsleiden in der Zunahme begriffen sein.

14. Marie B. aus Unsleben, 21 Jahre alt, aus gesunder Familie, wurde am 17. IX. 84 operirt, am 27. IX. geheilt entlassen, zeigt aber nun Recidive in der Umgebung der Narbe.

15. Julius L. aus Buchold, 8 Jahre alt, aus tuberkulöser Familie, bekam vor 2 Jahren die ersten Drüsenschwellungen, wurde am 25. IX. 84 operirt, am 11. X. 84 entlassen; jetzt sind neue Lymphome entstanden; ausserdem ist der Patient lungenleidend.

16. Wilhelm G., Postadjunkt aus Grosskarlbach, 28 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie, hat aber vor dem Entstehen der Drüsenschwellungen öfters Mandelentzündungen gehabt. Er wurde am 7. XII. 84 operirt, am X. I. 85 wurde er als geheilt entlassen. Es recidivirten aber die Geschwülste auf beiden Seiten des Halses. Ausserdem hat Patient vor Kurzem an Milz- und Leberanschwellung gelitten und ist gegenwärtig noch an Magen-, Darm- und Lungenkatarrh krank.

17. Max R., Kaufmann aus Würzburg, stammt aus gesunder Familie, hat aber Phthisis pulmonum. Er wurde am 18. I. 85 operirt und geheilt entlassen. Auf der nicht operirten Seite sind neue Geschwülste entstanden.

18. Baptist G., Eisengiesser aus Schweinfurt, 19 Jahre alt, aus tuberkulöser Familie, wurde am 13. II. 85 operirt und am 26. II. 85 geheilt entlassen. Die Narben eitern bei ganz geringen Reizungen.

19. Nicolaus Sch., Wirthschafter aus Kolitzheim, 27 Jahre alt, aus gesunder Familie, bekam vor einem Jahre Drüsenschwellung, wurde am 26. II. 85 operirt, am 15. III. 85 geheilt entlassen; er bemerkt in der Umgebung der Narbe neue Drüsen.

LITERATUR.

Virchow: Geschwülste. Bd. II.
Friedländer: Ueber lokale Tuberkulose. Volkmann. Sammlung klinischer Vorträge. 1873.
Fortschritte der Medicin. 1883. No. 9.
Billroth: Allgemeine chirurg. Pathologie und Therapie. 11. Aufl.
Hüter: Allgemeine und specielle Chirurgie.
Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. VI. 1.
Krisch: Beitrag zur Statistik der Operation der Lymphomata colli.